

子宮内膜細胞診を施行後に A 群溶連菌による骨盤内炎症性疾患を発症した2症例

大津赤十字病院 産婦人科

○江本 郁子¹、榮 智恵子²、多賀 敦子³、佐竹 由美子⁴、丸山 俊輔⁵、三瀬 裕子⁶、金 共子⁷、佐藤 幸保⁸

子宮内膜細胞診は婦人科の外来診療で頻繁に行なわれる検査の一つである。今回、我々は子宮内膜細胞診施行後に A 群溶連菌による骨盤内炎症性疾患（以下 PID）を発症した2症例を経験したので報告する。
症例1は54歳。閉経後性器出血のため他院で子宮内膜細胞診を施行された。同日夜間より強い下腹痛が出現し、当院救急外来を受診した。CRP 陰性で一旦帰宅し、翌日に当院消化器内科を受診した。CRP 上昇（7.6mg/dl）、血小板減少、PT 延長、Cre 上昇、腹部 CT での腹膜肥厚を認め、腹膜炎の診断で入院となった。抗生剤セフトリアキソンを投与するも CRP30 mg/dl まで上昇、メロペナムに変更されたが、血液所見、下腹痛は改善しなかった。PID を疑われ当科を紹介、経膈エコーにて Douglas 窩膿瘍の存在が明らかとなり当科へ転科となった。その後、経膈ドレナージを反復し、炎症所見、下腹痛とも著明に改善した。発熱時の血液培養からは A 群溶連菌が検出された。
症例2は56歳。閉経後性器出血のため当院で子宮内膜細胞診を施行。同日夜間より下腹痛および39℃の発熱を認め、当院を救急受診した。CRP13mg/dl と高値であったが、一旦帰宅し、翌日当院消化器内科を受診した。腹部 CT にて子宮周囲脂肪組織の濃度上昇があり PID の疑いで当科を紹介、CRP 14.8 mg/dl とさらに上昇していたため入院となった。抗生剤フロモキセフトナトリウムを投与するも炎症所見、下腹痛は改善しなかった。入院時の膣分泌物培養から A 群溶連菌が検出されたため、抗生剤感受性の高いペニシリン G に変更し、炎症所見、下腹痛は改善した。

当院におけるがん患者に対するリハビリテーション現状報告

深谷赤十字病院 医療技術部 リハビリテーション技術課¹⁾、同 外科²⁾、同 看護部³⁾

○小林 亜紀¹⁾、釜田 茂幸²⁾、多田 真佐子³⁾、佐々木 祐哉¹⁾、村岡 真司¹⁾、伊藤 博²⁾

【目的】 周術期の消化器がんの患者を対象としたリハビリテーション（以下リハビリ）について患者の主観的な効果判定を元に、よりよい介入方法を検討すること。
【方法】 リハビリ終了後、無記名式アンケートを実施し回収は看護師により行った。対象者は消化器がん38人（胃がん11人・大腸がん25人・肝臓がん1人・十二指腸がん1人）であった。周術期リハビリとして、術前には身体機能評価と術後リハビリについて説明した。術後は早期離床を目指し、術翌日より看護師と共に全身状態に応じて筋力トレーニングや座位・立位・歩行練習を進めた。終了時期は患者の希望に応じ、終了後は自主リハビリへ移行した。
【結果】 アンケート回収率は73.7%であった。リハビリに対する満足度は平均4.4（±0.74）点、効果の実感度は平均4.4（±0.79）点、術前からの介入で得られた安心感は平均4.2（±1.01）点、入院前後の身体機能については、良くなった4.4点、悪くなった3.4点、一回の運動量についての評価は4.2（±0.88）点、一回の介入時間については4.2（±0.86）点であった。
【考察】 周術期のリハビリ介入に対する患者の評価は平均4.4点台であり、概ね満足が得られていると評価できる。しかし、入院前と比べ身体機能が悪くなったという回答も多く、術前介入が十分でなかったことや、患者の希望により介入を早期終了したことなどが影響していると推測される。また、リハビリの目的や方針について、現在口頭のみで説明しているため、介入に対して理解が得られにくいという一面もある。今後は、呼吸・排痰方法、動作指導を充実させたパンフレットを作成し術前より介入を強化していくことが課題である。

P-2B-217

携帯用酸素濃縮器の携帯方法についての考察 ～間質性肺炎患者の症例検討～

松江赤十字病院 リハビリテーション課

○佐々木 順一¹⁾、笠木 重人²⁾、陶山 直樹³⁾

【はじめに】 今回、間質性肺炎患者に対して在宅酸素療法（HOT）を導入することとなり、携帯用酸素濃縮器を試行する機会を得た。携帯方法として肩掛けと専用キャリーの2つがあり、症例に対してどちらが使い易いか、6分間歩行テストを通じて比較検討したので報告する。
【症例】 78歳、女性。体重34.5kg 身長145cm、BMI：16.4。ADL 自立。現病歴：200×年より咳が続き、間質性肺炎の疑いで入院。既往：強皮症、右眼失明（4歳時）、左眼白内障。
【使用機器】 フクダ電子株式会社 エアワークライト
【結果】 肩掛けの方が6分間歩行距離が短かったが、修正ボルグスケール（下肢疲労、息切れ）、呼吸数は専用キャリーよりも低値であった。酸素飽和度は専用キャリーの方が低値であった。そのため、肩掛けを実用携帯方法に選択した。なお、専用キャリーの歩容は右失明のため体幹前傾、軽度左回旋位で左立脚期に頭部を左側へ傾ける傾向がみられた。
【考察】 専用キャリーの使用により重量負荷が軽減し、息切れも少なく、歩行距離も延長するのではないかと考えられたが、実際は予想と違った結果であった。専用キャリーの問題点として、支持点が1箇所であること。車軸間の幅が狭い。キャリーと身体との基底支持面が細長いこと。が考えられ、操作に慣れが必要であると思われる。また、右失明、左白内障の視力障害に加え、支持点が1箇所しかないことが上肢、体幹の過剰な努力をまねき酸素飽和度を低下させたのではないかと考えられた。
【まとめ】 本症例の様に予想と反した結果が臨床では時にみられることがある。携帯用酸素濃縮器の導入において、PT が身体機能評価をおこない、症例に適した携帯方法を検討・指導する必要性があると思われた。

P-2B-218

ring gauge を用いた手指腫脹の日内変動の調査

那須赤十字病院 リハビリテーション科部¹⁾、同 整形外科²⁾

○荒井 明子¹⁾、池澤 里香¹⁾、倉澤 麻由美¹⁾、佐藤 陽一¹⁾、吉田 祐文^{1,2)}

【はじめに】 当院の整形外科とリハビリテーション科（以下リハ科）では指輪のサイズ測定に使用する ring gauge（以下 RG）を手指腫脹の評価方法としての妥当性を検討したうえで臨床に応用している。今回、健康人における手指腫脹の日内変動について調査を行った。尚、この発表に利益相反はない。
【対象及び方法】 リハ科スタッフ28名が検者となり、RG を用いて自分の利き手で自分の非利き手の小指のサイズを計測した。母指と示指でリングの基部をつまんで把持し「抵抗なく指の基部まで通し、抵抗なく指先まで抜ける」時の RG の最小のサイズを指のサイズとした。計測は朝（出勤時）・昼（昼食時）・夕（勤務終了時）の3回で同日に実施した。検定は一元配置分散分析を行い、事後検定には Shaffer を使用した。対象者には十分な説明を行い同意を得た。
【結果】 朝と夕のサイズで分類すると、朝の方が大きい10例、朝と夕で同じ15例、夕の方が大きい3例であった。サイズの差は最大で2であり、昼が単独で一番大きくなることはなかった。朝・昼・夕それぞれのサイズの平均値は、朝 8.6、昼 8.0、夕 8.3だった。朝と昼のサイズの差は0.5（P < 0.01）、朝と夕では0.3（P < 0.05）でありそれぞれ有意差が認められたが、昼と夕では優位差は認められなかった。
【考察】 今回の調査ではリングのサイズで0～2の範囲での日内変動があり、生理的な日内変動が存在することが示唆された。臨床において RG を用いる際は、計測時間を統一する必要があると考えられる。
【結語】 個人差はあるが、手指腫脹には日内変動が認められた。今後は手指腫脹に起因する要因についての更なる検討が必要である。

P-2B-219

リハビリテーション室にて救急要請を行った一症例

神戸赤十字病院 リハビリテーション科

○高橋 研二¹⁾、高本 浩路²⁾、河田 明子³⁾、山崎 直子⁴⁾、戸田 一潔⁵⁾

【はじめに】 リハビリテーション（以下リハ）実施時に患者が心師停止となる状況に直面した。その際にリハ科で救命処置対応可能であった点やマニュアル上の不備のあった点を検討したので報告する。
【症例と経過】 57歳 女性 診断名は脳出血 発症は2週間前で保存的加療を目的に入院している。理学療法は8日前から床上で開始し、リハ室での治療は4日前から開始していた。心師停止当日、平行棒内歩行中に突然痙攣発作と意識消失（JCS300）を認めた。度重なる呼びかけにも反応がなく、救急放送要請をその場にいたスタッフに依頼した。要請後5分以内に医師・看護師が集合。その際リハ室内が騒然として他のリハ中の患者を移動出来なかった。急変患者の状態は酸素飽和度（SpO2 85%）が低下しており、酸素投与、その後救急処置室へ搬送され、医師による心臓マッサージや挿管により気道確保された。検査の結果、急変原因は肺血栓塞栓症である事が判明した。
【考察】 多くの医療機関における患者急変時の対応を調査したが、その多くが当院と同じく BLS ガイドラインに基づき作成されており、今回の初期対応は手順通り実施できていた。マニュアル上の不備のあった点は、他のリハ中の患者の移動する点や救急処置が見えない様に配慮する点が挙げられる。対策として、救急放送要請時のマニュアルは一旦リハ中の患者を発生現場以外のリハ室に移動したのち、救急処置室へ搬送する事と決定した。急変状況設定も救急放送要請までを想定したものに变更し、すぐに全体研修を実施、また人事異動のあった4 月中旬にも全体研修を再度実施した。同時に各療法士には深部静脈血栓症のリスク因子を配慮し下肢の腫脹、D ダイマー、FDP などの血液データの確認を指導した。

P-2B-220

救命救急センター病棟での急性期作業療法の取り組みを開始して

高知赤十字病院 リハビリテーション科¹⁾、同 看護部²⁾、同 脳神経外科³⁾、同 救急部⁴⁾

○井上 剛志¹⁾、遠山 真吾¹⁾、武田 陽平¹⁾、西内 直子¹⁾、松村 雅史²⁾、三木 初美²⁾、鈴江 淳彦³⁾、泉谷 智彦³⁾、河野 威³⁾、西山 謹吾⁴⁾

当院の作業療法（以下 OT）は開設以来一般病棟の脳疾患患者に特化し関わりを行ってきた。OT の人員充足を背景に2014年6月より合併症予防や早期 ADL 立ち上げ等を目標に、従来からの専従理学療法士1名体制の救命救急センター病棟（ICU・HCU）（以下センター病棟）に作業療法士1名を専任配置し急性期から OT 介入を開始した。今回、センター病棟専任後の取り組みを報告する。OT 内容としてはベッド上からの ADL 向上や意識賦活を目的とした動作練習や認知機能検査等を行い、併せて早期から端座位や車椅子離床等、合併症予防に向けた取り組みを多職種と協同して進めた。円滑なチーム医療のもと介入を行うにあたり、回診等で得られた情報を職種間で共有し連携を活かしてタイムリーな介入を行えるようにしつつ、勉強会や発表会を通して OT の周知・啓発に努めた。専任前（2013年6月～2014年3月）と専任後（2014年6月～2015年3月）の比較では「センター病棟入室から座位開始までの期間」（専任前4.96±5.28日、専任後3.45±3.42日）と「センター病棟入室から離床開始までの期間」（専任前6.50±7.18日、専任後4.51±4.45日）で有意に短縮が図られていた（p < 0.05）。しかし「センター病棟退室時 Barthelindex」においては有意差を認めなかった。専任によりマンパワーの増加と多職種との連携が強化され、患者の状態に応じた介入が行えたことが早期座位、早期離床に有効であったと考えられた。一方で ADL 等 OT の専門性を発揮できる領域における効果を出すことの難しさも見えてきた。センター病棟では合併症予防や早期離床等が主体な目標となるが、併せて OT の専門性をより発揮できる介入方法を今後検討していきたい。